الفصـــل الحادى والثلاثون

عـــلاج اضطـــرابات النــــوم

Disorders of Sleep : Treatment

S. J. Lindsay س . ج ليند ساى

الفصل الحادى والثلاثون

عـــــلاج اضـطـرابات النــــــوم

S. J. Lindsay س . ج . ى ليند ساى

مقـــدمة :

نظرا لأن الأرق أحد أكثر اضطرابات النوم انتشارا (Bixler et al., 1979) وازعاجا . فإن هذا الفصل سيركز على التدخلات فى هذه المشكلة . وهو أمر ملائم أيضًا لأن علاج الأرق كان موضوعا للبحوث ربما بقدر أشمل من علاج أى اضطراب آخر من اضطرابات النوم .

الأرق

العلاج الدوائى

لاشك أن العـلاج المطلق للأرق هو الأدوية المنومـه والمهـدئات على وجــه الخـصـوص مـثل الترايزولام [1] والفلونيترازبام [2] والتيمازبم [3] والفلورازبام [4] ويوصف الاخير من هذه المجموعة لأن تأثيره يدوم على مدى شهر كامل من استخدامه المستمر (Kales et al ., 1975) وهو متميز أيضًا من حيث إنه لايؤدى إلى عودة الارق عند إيقافه والذى يعد صعوبة أكبر فى النوم مما كان عليه الحال قبل بدايه العلاج (Lader and Lawson, 1987; Kales et al ., 1983) ومع ذلك فإن الفلورازبام مثله مثل أى منوم آخر يؤدى إلى إزعاج نوم حركة العين السريعة والأحلام والوقت المستغرق فى النوم العميق (Kales et al., 1975).

ويُفقد التأثير المنوم للمهدئات خلال أسابيع من بدايه استخدامها نتيجة لحدوث تحمل ، وهناك خطورة كبيرة من تعاطى جرعات زائدة وبالأخص بالنسبة للمرضى القلقين والمكتئبين ، ممن يكونون أكثر من يحتمل تحويلهم بشكوى من الأرق للأخصائيين النفسيين . ويمكن أن يصبح مثل هؤلاء العملاء معتمدين على العقاقير المنومة .

وتطرد بعد المهدئات مثل الفلورازبام فقط من الجسم ببطء مما يجعل المفحوصين فى حاله نعاس مع شعور بضعف الأداء فى مهام مثل قيادة السياره خلال النهار (Cormack et al., 1989 ; Kales and Kales, 1987) ولايسمح التأثير القصير للمهدئات للمفحوصين ، من ناحية أخرى ، بالاستمرار فى النوم على امتداد الليل . وتأثيرات سحب العقار متعددة ومثيرة للكدر ، ومنها القلق خلال النهار ، وصعوبة

(1) Triazolam .
(2) Flunitrazepam .
(3) Temazepam .
(4) Flurazepam .

النوم ، والكوابيس ، والاكتئاب ، والارتجاف والغثيان ، والاضطراب الإدراكى مثل الإفراط فى الحساسية للمنبهات ، وآلام العضلات ، والتنميل ، والعرق الغزير والصداع (Cormack et al., op. cit.) ولكل هذه الأسباب تصبح بدائل العلاجات الدوائية الآمنه مرغوبه بشكل أكبر .

الحاجة لإبعاد المرضى عن العقاقير المنومة

يمكن لأعراض الانسحاب أن تقاوم لعدة أسابيع بعد التوقف عن استخدام الأدوية المنومة ، وتقنع هذه الاعراض المرضى انهم فى حاجة للدواء حتى يستطيعون النوم . والأسوأ من ذلك أنه إذا عانى المرضى أعراض الانسحاب خلال العلاج النفسى ، فقد يقومون بعزو كدرهم إلى العلاج النفسى ذاته ، أو يعتقدون على أفضل الاحتمالات أن العلاج النفسى غير فعال . وبالتالى يتعين إتمام الانسحاب كاملا قبل بدء العلاج النفسى .

وغالبا مايفضل أغلب المرضى سحب الأدوية بطريقة تدريجية (Cormack et al., 1989) ، وقد يكون من المفيد توفير الدعم للمرضى من خلال مجموعات لسحب الأدوية المنومة (ibid.) . وينصح (Espie , 1991) بتقديم المعلومات حول تأثير الأدوية المنومة على النوم (انظر القسم السابق) وتأثير سحبها تحت العناوين الآتية : « ماالذى تحدثه حبوب النوم لنومك ؟ » ، « ماالذى يحدث عندما تتوقف عن أخذها ؟ » « وهل تستطيع النوم بدونها ؟ » (ويتضمن ذلك معلومات حول العلاج النفسى للأرق : أساسيات أخرى) .

وقد يكشف البحث (انظر الفصل السابق) أن تأثيرات بيئية معينة يمكن أن تضعف من نوم العميل . مثال ذلك أن عميلة ذكرت أن فراشها كان إلى جوار الحائط بحيث كان متاخما للسلم الرئيسى فى مجمع الشقق الذى تسكن فيه ، ولم يكن نومها يضطرب فقط نتيجة لضوضاء العائدين متأخرين إلى منازلهم ، بل كان يقاطع مبكرا أيضاً فى الصباح من الناس الذين يذهبون إلى عملهم . وكان انتقالها إلى حجرة هادئة حلا مناسبا ، وما إن تزال كل معوقات النوم حتى يتعين اتباع الممارسات الآتية التى ينصح بها دون اعتبار لنوع العلاج النفسى المقترح .

١ - أى روتين موضوع يستغرق وقتا ما يجب تحديد وقته قبل النوم بساعة أو اثنين .

٢ - يتعين تجنب أن يتضمن هذا الروتين ، كلما كان ذلك ممكنا ، الأنشطة المثيرة وبالتالى فإن الإعداد لليوم التالى ، مثل إعداد الشطائر يتعين القيام به قبل مرحلة التهدئة هذه .

٣ - يتعين تجنب النوم للحظات قصيرة خارج فترات النوم الأساسية .

التدريب على الاسترخاء كعلاج لأرق الدخول فى النوم

بافتراض أن بدايه النوم تتسم بنقص النشاط البدنى والمعرفى ، فيجب أن لايثير الدهشة أن تكون الإجراءات التى تؤدى للتأثير نفسه لدى الأشخاص اليقظين ملائمة لعلاج الأرق .

والأمر المؤكد أن التدريب على الاسترخاء العضلى التدريجى (Espie et al., 1989 a) والتسكين

(Wood folke et al., 1976) . والتدريب على توليد التنبيه الذاتى [1] , Nicassio and Bootzin) (1974 أظهرت جميعها بعض الاثار الايجابية وترى بعض الدراسات التى روجعت فى الطبعة السابقة لهذا الفصل (Lindsay , 1987) أن التدريب على الاسترخاء كان له أفضل تاثير على خبرة التوتر ومتعلقاتها الفسيولوجيه إذا تم ملاحظة الآتى :

١ – أن يطبق على امتداد أكثر من جلسة ، ويتباين العدد الذى يوصى به بشكل كبير ، ويتراوح بين أربعة إلى عشرة (Bernstein and Borkovec, 1973) أو أكثر من ذلك بكثير .

٢ – أن يتم الإشراف عليه على الأقل بواسطة أخصائى أكلينيكى (وتوفر شرائط التسجيل التعليمات) والأفضل أن يطبق كلية بواسطة المعالج (Lehrer,1982) .

٣– أن يتضمن التدريب تدريبات التوتر . (انظر مايلى) .

٤ – أن يكون هناك مستوى أعلى من الحد الادنى (ولكن بقدر متوسط) من التوتر المنتشر أو الأنشطة البدنية .

٥ – أن يمارس الاسترخاء فى البيت (Hillenberg and Collins, 1983) بمساعدة شريط تسجيل .

٦ – أن يتحكم المفحوص بقدر مافى التدريب .

وربما تكون المزاوجة مع النشاط الكهربائى للعضلة هى أكثر الابتكارات الجوهرية فى التدريب على الاسترخاء كما يطبقه المعالج ، إذ يوفر بعض المنافع الاخرى القليلة (Beiman et al., 1978). ويحتمل أن يكون تركيز الانتباه على الإحساسات البدنية لايؤدى أيضاً إلى أية مزايا إضافية .

ومايلى مثال لتعليمات الاسترخاء التى يوصى بها موريس (Morris (1985 وهى مشابهه لتلك الإجراءات التى يصفها برنشتاين وبوركوفيك (Bernstein and Borkovec (1973

« والآن ارفع ذراعيك للخارج وشد قبضتك ، شدهما للغاية ، اشعر بالتوتر فى يديك ، ساقوم بالعد إلى ثلاثة أريدك أن ترخى ذراعيك ... والآن ضع لسانك على حافة فمك ، اضغط بشده (لحظة انتظار) استرخِ واسمح للسانك بالعودة إلى الوضع المريح فى فمك .....»

وتتكرر هذه الدورة من التوتر – الاسترخاء لعدد من المجموعات العضلية على امتداد الجسم إلى أن يطلب من العميل أن يتاكد أن كل عضلة فى جسمه قد استرخت ، أولاً أصابع قدميك ، ورجليك ، وكتفيك ، ورقبتك ، وجبهتك » وعلى الأخصائى الإكلينيكى أن يتاكد أن العميل مستمر فى التنفس شهيقًا وزفيرا ببطء .

وبالنسبة لبعض المفحوصين ممن يجدون أن مثل هذا التدريب على التوتر – الاسترخاء غير سار(Heide and Borkovec , 1984) يمكن نصحهم بالتركيز على أسلوب آخر للاسترخاء مثل ذلك الذى يركز على الخيالات السارة أو التأمل من خلال تعليمات ذاتية .

---

(1) Autogenic .

وقد قام بوركوفيك وزملاؤه بسلسلة من الدراسات لزيادة كفاءة مثل هذه الأساليب للتوتر – الاسترخاء فى علاج الأرق (Borkovec et al., 1975 ; Steinmark and Borkovec, 1974; Borkovec and Weerts, 1976; Borkovec et al., 1975) وأكثر الآثار المتسقة كانت التحسن فى الوقت الذى يحتاجه المفحوص للدخول فى النوم ، وكان ذلك واضحا فى كل من تقارير العملاء أنفسهم (Steinmark and Borkovec, 1974; Borkovec et al., 1975 ; Borkovec and Weerts, 1976)

وكانت هذه التأثيرات واضحة فى مرحلة انخفاض التأثير وكذلك فى المرحلة الإيجابية وحيث تم تحذير المفحوصين أن لايتوقعوا تحسنا ، وقد أشارت متابعتهم أن هذه التأثيرات ظلت مستمرة لمدة خمسة أشهر بعد العلاج (Steinmark and Borkovec , 1974; Borkovec et al., 1975)

وقد أجرى بوركوفيك أغلب دراساته على متطوعين من صغار طلاب الجامعة ، من ذوى المتاعب المتوسطة فى النوم . ويصبح من المشجع إذن إن كار – كافا شان وولفولك Car - Kaffashan and Woolfolk (1979) وجدا أن الأرقين ممن كان متوسط اعمارهم ٤٠ عاما الذين أمكن تجنيدهم من خلال الإعلانات يدخلون فى النوم أسرع بمقدار ٤٦ فى المئة من خط الأساس باستخدام التدريب على التأمل ، وكان التحسن كبيرا بقدر جوهرى مقارنة بالتحسن الناتج عن استخدام العلاج بعقار زائف(١) خلال مرحلة انخفاض التأثير . وكان لدى هذه المجموعة من الأرقين صعوبات نوم حادة كانت تتطلب ٩٠ دقيقة أو أكثر لكى يناموا فى أغلب الليالى وفق تقاريرهم .

كانت دراسة إسبى وزملاؤه Espie et al. (1989a) اقل تشجيعا من حيث أن الاسترخاء لم يكن فعالا فى خفض وقت الدخول فى النوم وفق تقارير المرضى الذين حولوا بواسطة أطبائهم للعلاج من الأرق المزمن . ولم يحقق الاسترخاء التدريجى فائدة جوهرية فى الاحساس بالراحة بعد الاستيقاظ من النوم . ويذكر كار – كافشان وولفولك Car - Kaffashan and Woolfolk (1979) أيضاً أنه لاتوجد فروق بين الأرقين الحادين ومتوسطى الأرق من حيث مدى التحسين الناتج عن الاسترخاء – التأمل . ويثير ذلك الدهشة حيث أن الأرقين الحادين الذين عولجوا بهذه الطريقة تحسنوا بنسبة ٥٠ فى المئه بالنسبه لخط الأساس . فبعد أن كانوا يستغرقون أقل قليلا من ١٦٠ دقيقه فى المتوسط للنوم ، أصبحوا يستغرقون أقل من ٨٠ دقيقه فى نهاية مرحلة انخفاض التأثير .

وقد تغير متوسط فترة الأرق نحو الأفضل باستخدام الاسترخاء – التأمل بنسبه ٣٠٪ تقريبا من خط الأساس من ٦٠ دقيقه إلى ٤٠ دقيقه تأخير فى بدء النوم . وبتعبيرات مطلقة يكون التحسن أكبر فى حالة الأرقين الحادين . وبالرغم من ذلك قد يظهر أن أخطاء العينة فى النتائج والعدد الصغير من الأفراد (ثمانيه أرقين حادين فقط وثمانية متوسطى الأرق) يجعل من غير الممكن تدعيم التأثير إحصائيا . ويمكن للتدريب على الاسترخاء أن يحسن جوهريا من وقت بدء النوم لدى الأرقين الحادين حتى عندما يوجهوا لعدم توقع تحسن ، وبالرغم من ذلك فإن الدراسات الحديثة أظهرت تأثيرات أقل إيجابية ، ربما نتيجه لأن المفحوصين كانوا أكثر مقاومة (Lacks and Morin , 1992) .

---

(1) Placebo .

ولم يتم تبين آلية التأثير فى الحالات التى يكون الاسترخاء فيها فعالا فى خفض وقت بدء النوم (Borkovec , 1979; Coates and Thoresen , 1981) ولاتوجد علاقات مؤكده بين مدى التغير فى نشاط رسام كهرباء العضلة والتحسن فى وقت النوم ، حيث أوضح نيكاسيو وزملاؤه Nicassio et al., (1982) فى دراسة لهم على عائد رسام كهرباء العضلة والتدريب على الاسترخاء . إذن لايوجد أى تدعيم متسق لمتطلبات انخفاض النشاط العضلى لكى يستطيع الأرقين أن يذكروا قدراً أقل من الصعوبة فى بدء اليوم .

وهناك أيضاً دلائل على أن مجموعة متعددة من الظروف بما فى ذلك العلاج بعقار زائف ، وعدم زيادة الاسترخاء التدريجى له تأثير علاجى مماثل ;Carr - Kaffshan and Woolfolk , 1979) Nicassio et al., 1982) على الأقل وفق تقارير المفحوصين .

وتتطلب أغلب الدراسات التى اقتبست هنا أن يقوم المفحوصين بممارسة الاسترخاء والأنشطة المشابهة فى السرير وكذلك النشاط الرتيب الذى يؤدى لتعزيز بداية الدخول فى النوم (Bohlin , 1973) وقد أوضح بحث للدكتوراه (Nau, 1977) أن هذا التأثير يكون أكثر وضوحا عندما يعُطى المفحوص تعليمات لكى يركز انتباهه على مثل هذه المنبهات . وقد تفسر الميكانيزمات المشابهة الكفاءة المتوسطة لتركيز الأرقين انتباههم على الخيالات البصرية (Woolpolk and McNully, 1983) والتفسير البديل هو أن الاسترخاء وأساليب العلاج الأخرى قد تعمل لأنها تعيق الانشغال الذى يعتقد الأرقون أنه يعيق نومهم (انظر الفصل الثلاثين)

خلاصة :

يؤدى التدريب على الاسترخاء العضلى التدريجى ، وممارسته وفقا للتوصيات التى أوضحت فى القسم السابق إلى فوائد جوهرية لخفض الفترة اللازمة لبدء النوم لدى الأرقين ، وإلى شعورهم كذلك بالراحة بعد النوم . وبالرغم من ذلك فمن غير الواضح على الإطلاق كيف يحدث ذلك . وقد لايكون من الضرورى أن يكون الشخص كفؤًا فى خفض التوتر والنشاط العضلى لتحقيق تأثير ، وقد لاتكون التأثيرات كبيرة . وقد يظل الأرقين الحادين فى حاجة لوقت أطول كثيرا من المجموعه الضابطة حتى يستطيعوا بدء نومهم .

التحكم فى المنبه فى أرق بدء النوم

تتضمن الفروض الخاصة بالتحكم فى المنبه لدى الأرقين أن الفراش وما يحيط به أصبح مؤشرا لعدم القدره على بدء النوم : على الانشغال وعدم الراحه اللذان يرتبطان به . وقد اتجه الانتباه أيضاً إلى الأنشطة الأخرى التى قد لاتتوافق مع النوم وقت الدخول للسرير . وبالتالى فعلى العلاج أن يوفر النوم بوصفه مدعم لأنشطه الذهاب إلى السرير . ويلخص الجدول ١- ٣١ خصائص برنامج التحكم فى المنبه وقد ذكر تيرنر وآشر Turner and Ascher (1979) حالات لست مفحوصين تمكنوا من النوم بشكل أسرع باستخدام برامج التحكم فى المنبه مقارنة بفترة خط الأساس وفقا لتقاريرهم الخاصة .

وكانت إجراءات التحكم فى المنبه أكثر فعالية أيضاً من العلاج بالتسكين الظاهرى (1) وقد

(1) Quasi - desensitisation .

أوضح أسبى وزملاؤه Espie et al. (1989 a) أن التحكم فى المنبه ، على العكس من الإسترخاء ، خفض بالفعل من وقت بدء النوم لدى عينة صغيرة من الأرقين المزمنين الذين حولوا من خلال أطبائهم .

ويصف بودر وزملاؤه Puder et al. (1983) تأثير التحكم فى المنبه لدى أرقين مسنين متوسط أعمارهم ٦٧ عاما . وقد طلب من العملاء أن لاينامو خلال النهار ، وأن يستيقظوا فى وقت سابق التحديد ومنتظم كل صباح . وقد ذكر المفحوصون فى مذكراتهم اليومية أن الوقت اللازم لبدء النوم انخفض بحوالى ٦٠ دقيقه فى المتوسط وهو تأثير ظل مستمرا على امتداد سته أسابيع من المتابعة .

جدول ١ - ٣١ خصائص برنامج التحكم في المنبه للأرق

١ - يجب تجنب الأنشطة غير المتوافقة مع النوم مثل سماع الراديو أو الأكل فى الفراش .

٢ - يجب استخدام حجرة النوم للنوم فقط .

٣ - يجب نصح المفحوص بعدم دخول السرير مالم يشعر بالنوم ، ويجب الحرص فى التأكيد على أن عملية الذهاب للسرير لاتتضمن أنشطة مثل صعود السلم جريا أو تغيير الملابس فى حجرة شديدة البرودة ، وهو مايمكن أن ينبه المفحوص فى وقت النوم

٤ - إذا لم يتمكن المفحوص من النوم خلال عشرة دقائق فيتعين عليه أن يترك السرير ، وأن ينتقل إلى حجرة أخرى ، وأن يعود إلى السرير عندما يكون مستعدا فقط للنوم . (ومن المهم التأكيد أن تكون الحجرة التى سينتقل اليها غير مختلفة الحرارة بقدر ملحوظ عن حجرة نومه) .

٥ - يتعين تكرار المرحلة رقم ٤ إذا لم يحدث النوم .

٦ - يجب على المفحوص أن يستيقظ بمنبه وأن يستيقظ فى الوقت نفسه كل يوم .

٧ - يجب أن لاينام المفحوص فترات قصيره خلال النهار .

وهذه الدراسه هامة لأنها اهتمت بالأرق لدى المفحوصين من كبار السن ممن يعد تحسنهم واعدا بدرجه أقل باستخدام العلاج السلوكى Nicassio and Boot3in , 1974 ; Alperson and) Biglan, 1979) والخلاصة هى أن هناك العديد من الدراسات التى استخدمت جميعها عينات صغيره ، أظهرت أن التحكم فى المنبه يمكن أن يكون علاجا مفيدا لأرق بدء النوم ، وأنه يمكن أن يعد ذا قيمة على وجه الخصوص بالنسبة للمفحوصين من كبار السن . وبالرغم من ذلك ، فمثلما هو الحال فى التدريب على الاسترخاء ، فإن الآلية الخاصة بالتأثير الفعال غير مفهومة . ويحتمل أن تكون برامج التحكم فى المنبه فعالة نتيجة لأنها تجعل العملاء محرومين من النوم وهو الأمر الذى يزيد من احتمالية بدءهم للنوم عند العودة للفراش . والتفسير البديل ، أو الإضافى هو أن النشاط المعرفى غير المتوافق مع النوم يتقلص بترك حجره النوم .

بعض العلاجات الأخرى لأرق بدء النوم

لبعض العلاجات الأخرى دلائل محدودة تدعم تأثيرها ومن بينها التشريط العكسى (١) والتدريب على الإعزاء (٢) (Dauison et al. 1973) والنية المتناقضة ظاهريا (٣) (Espie et al., 1989a) والتى يحاول خلالها المفحوص أن يظل مستيقظا لأطول فتره ممكنة ، وقد استخدم هذا الأسلوب تاليا للفشل فى التدريب على الاسترخاء (Ascher and Turner , 1979 ; Ascher and Efran , 1978)

العلاجات المشتركة

من غير المشجع أن نتعلم من تقرير لترنر وزملاؤه (Turner et al., (1983 أن التحكم فى المنبه بالإضافة إلى الاسترخاء يمكن أن يؤديا إلى جعل النوم أكثر صعوبه للمفحوص . وبالرغم من ذلك يذكر لاكس وموربن (Lacks and Morin (1992 عددا من الدراسات التى استخدمت علاجات متعددة . ويتطلب هذا الأمر دراسات أخرى لأن هناك دلائل ضئيلة على أن هذا المنحى فعال بشكل متسق أكثر من العلاجات المنفردة .

العلاج من خلال مساعدة الذات

يصف موراوتيز (Morawetz (1989 استخدام التعليمات المسجلة على شريط لعلاج الارق (لبدء النوم ومواصلة النوم) ويفصل الشريط المتطلبات الخاصه ببرنامج للتحكم فى المنبه (لأرق بدء النوم) والاسترخاء (للسير أثناء النوم) وجدولة النوم (للاستيقاظ النهائى فى وقت مبكر) ويوُصى أن يشترى المفحوصين شرائط الاسترخاء الخاصة بهم ثم يزودون بتعليمات استرخاء كتابيه . ومن غير الواضح مقدار دقة العملاء فى الالتزام بالتعليمات ، وبالرغم من ذلك هناك قدر متواضع من التحسن الجوهرى فى بدء النوم وفى الاستيقاظ المبكر مقارنة بالمفحوصين الذين ظلوا بلا علاج على قائمة انتظار . والطريقة التى قدمت بها البيانات تجعل من الصعب تقيم قوه التأثير ، وعلى الرغم من ذلك ، ففى ضوء الاعتبارات الخاصة بالسهولة والاقتصاد التى يمكن بها تقديم الاسترخاء والتعليمات الأخرى على شريط يتعين أن يحظى هذا الأسلوب بمزيد من الاهتمام .

تفصيل علاج وفق احتياجات المريض

نتيجه لأن المفحوصين يختلفون فى العوامل التى يذكرون أنها تعيق نومهم ، فسيكون من الملائم اختيار (كما ذكرنا فى الجزء السابق) العلاج الخاص بكل عميل والذى يناظر هذه العوامل . وعلى الرغم من ذلك فما زال هناك القليل من التشجيع لكفاءة هذا المنحى (Lacks and Morin, 1992) وقد وجدأسبى وزملاؤه (Espie et al. (1989b أن العلاجات التى تختار لتطابق احتياجات المفحوصين لم يكن لها تأثيرات أقوى من العلاجات التى تحدد عشوائيا للعملاء .

علاج أرق مواصلة النوم

وجد لاكس وزملاؤه (Lacks et al. (1983 فى إحدى الدراسات القليلة حول صعوبات مواصلة

---

(1) Counter Conditioning .
(2) Attribution training .
(3) Paradoxical Intention .

النوم فى عينة تتكون من ١٥ مفحوصا فقط أن كل من التحكم فى المنبه وبرنامج التسكين الظاهرى والعلاج بعقار زائف يؤثرون فى عدد من المتغيرات التى تحدد مواصلة النوم ، بما فى ذلك عدد مرات الاستيقاظ وطول فتره الاستيقاظ الكلية بعد بداية النوم . وبالرغم من ذلك لاتوجد دلائل تشير إلى تميز أسلوب التحكم فى المنبه على التسكين الظاهرى الذى أظهر فى مجال آخر أنه فعال بنفس قدر تأثير التدريب على الاسترخاء . وقد وجد مورين وأزرين Morin and Azrin (1987) من عينة من سبعة مفحوصين أن التحكم فى المنبه يخفض فتره الاستيقاظ التى يذكرها المفحوصين أكثر من التحكم فى التخيل الذى استخدم مع مجموعه أخرى . ولم يكن هناك أى تأثير جوهرى على مرات الاستيقاظ ، وربما يرجع ذلك إلى أن عددها كان ضئيلا بالقدر الذى لايسمح بتغيرات جوهرية .

وبالرغم من ذلك لايوجد سبب واضح يفسر لماذا يمنع التحكم فى المنبه مرات الاستيقاظ وبالتالى يخفض من تكرارها . وقد حسّن التحكم فى المنبه من فترة النوم فى دراسة مشابهة على مفحوصين مسنين (Morin and Azrin, 1988) والدليل المستخلص من هذه الدراسات يوضح أن التحكم فى المنبه يحتمل أن يكون أكثر العلاجات متعددة الجوانب للأرق والقادر على التعجيل ببداية النوم وخفض وقت الاستيقاظ بعد بداية النوم .

استخدام العقاقير المنومة فى العلاجات النفسية

طلبت الكثير من الدراسات التى سبق اقتباسها من المفحوصين أن يتوقفوا عن تناول الأدوية المنومة قبل بدء برامج العلاجات السلوكية . غير أنه لايتوفر إلا قدر غير كافٍ من البيانات التى توضح نوع الآثار التى يحدثها انسحاب هذه العقاقير على العلاج . ودائما ماينصح بإنهاء مرحلة انسحاب العقار قبل بدء العلاج النفسى كما سبق الإشارة إلى ذلك (فى صفحة ٧١٠) .

وقد استخدمت المنومات فى برنامج للعلاج السلوكى ، وقد ذكر المفحوصون الذين كانوا يحصلون على جرعات علاجية أنهم يعانون من عدم التركيز (Davison et al., 1973)ومن هنا يبدو أن المفحوصين سيعزون تحسن نومهم لإرادتهم ، وبالتالى سيظلون متحسنين بعد سحب الدواء . ومن غير الواضح إذا ماكان ذلك فعالا عندما يتناول العميل أدوية منومة بالفعل لمقاومه الأرق .

بعض اضطرابات النوم الأخرى

وصف دوليز Doleys (1977) وساكس وديلون Sacks and Deleon (1983) تدبر علاج التبول الليلى . وقد أكد ساكس وديلون (op. cit.) على أهمية المتابعة وإعادة التدريب عندما يكون الأسلوب المستخدم هو الوسادة والجرس (١) وقد وصف ليندزاى وزملاؤه Lindsay et al. (1982) أسلوبا مشابها باستخدام منبه لإيقاظ العميل لعلاج اهتزازات الجسم والرأس (٢) وهناك دراسات قليلة لعلاج الكوابيس (٣) المتكررة (Blanes et al., 1993) غير أن الاسترخاء والتسكين أظهرا بعض النجاح (Miller and Difilato, 1983) وطبيعة الإجراء الأخير فى هذه الدراسة غير واضح ، غير أنه يحتمل أنه يشمل تسكين مضمون الاحلام المتكررة . وقد وجه بلانيس وزملاؤه Blanes et al., (op. cit.)

(1) Bell - and - pad .
(2) Head - and body - rocking .
(3) Nightmares .

الأنتباه لبعض المقترحات التى تشجع التفكير فى نهايات سعيدة مختلفة للكابوس . وهو مايمكن أن يكون بمثابة إجراء معرفى يستحق الاهتمام .

وأخير فعندما يحدث أن يقاطع الشخير(١) النوم فإن توفير مسار مستمر للهواء يكون بمثابة العلاج الملائم (Jannette , 1984) ويتطلب هذا الإجراء استخدام جهاز يوصل الهواء إلى العميل بدرجات ضغط قويه متزايدة من خلال قناع للوجه . وهناك إجراء أخر أقل وضوحا يعتمد على جهاز لإعادة تدريب اللسان استخدم لتحسين التنفس (Cartwright et al., 1988) .

(1) Snoring .

References

Alperson, J. and Biglan, A. (1979) 'Self-administered treatment of sleep onset insomnia and the importance of age', *Behavior Therapy* 10: 347–56.

Ascher, L. M. and Efran, J. S. (1978) 'Use of paradoxical intention in a behavioural program for sleep onset insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 547–50.

Ascher, L. M. and Turner, R. M. (1979) 'Paradoxical intention and insomnia: an experimental investigation', *Behaviour Research and Therapy* 17: 408–11.

Beiman, I., Israel, E. and Johnson, S. A. (1978) 'During training and post-training effects of live and taped extended progressive relaxation, self-relaxation and electromyogram biofeedback', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 314–21.

Bernstein, D. A. and Borkovec, T. D. (1973) *Progressive Relaxation Training*, Champaign, Ill.: Research Press.

Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D. and Healey, S. (1979) 'Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area', *American Journal of Psychiatry* 136: 1257–62.

Blanes, T., Burgess, M., Marks, I. M. and Gill, M. (1993) 'Dream anxiety disorders (nightmares): a review', *Behavioural Psychotherapy* 21: 37–44.

Bohlin, G. (1973) 'Interaction of arousal and habituation in the development of sleep during monotonous stimulation', *Biological Psychology* 1: 99–114.

Bootzin, R. R. and Nicassio, P. M. (1978) 'Behavioural treatments for insomnia', in M. Hersen *et al.*, (eds) *Progress in Behaviour Modification, vol. 6*, New York: Academic Press.

Borkovec, T. D. (1979) 'Pseudo (experiential) insomnia and idiopathic (objective) insomnia: theoretical and therapeutic issues', *Advances in Behaviour Research and Therapy* 2: 27–55.

Borkovec, T. D. and Weerts, T. C. (1976) 'Effects of progressive relaxation on sleep disturbance: an electroencephalographic evaluation', *Psychosomatic Medicine* 38: 173–80.

Borkovec, T. D., Kaloupek, D. G. and Slama, K. M. (1975) 'The facilitative effect of muscle tension-release in the relaxation treatment of sleep disturbance', *Behavior Therapy* 6: 301–9.

Borkovec, T. D., Grayson, J. B., O'Brien, G. T. and Weerts, T. C. (1979) 'Relaxation treatment of pseudo insomnia and idiopathic insomnia: an electroencephalographic evaluation', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 12: 37–54.

Carr-Kaffashan, L. and Woolfolk, R. L. (1979) 'Active and placebo effects in treatment of moderate and severe insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 1072–80.

Cartwright, R., Stefoski, D., Caldarelli, D., Kravitz, H., Knight, S., Lloyd, S. and Samuelson, C. (1988) 'Toward a treatment logic for sleep apnoea: the place of the Tongue Retaining Device', *Behaviour Research and Therapy* 26: 121–6.

Coates, T. J. and Thoresen, C. E. (1981) 'Treating sleep disorders: few answers, some suggestions and many questions', in S. M. Turner, K. S. Calhoun and H. E. Adams, (eds) *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, New York: John Wiley.

Cormack, M., Owens, R. G. and Dewey, M. E. (1989) *Reducing Benzodiazepine Consumption*, New York: Springer-Verlag.

Davison, G. C., Tsujimoto, R. N. and Glaros, A. G. (1973) 'Attribution and the maintenance of behaviour change in falling asleep', *Journal of Abnormal Psychology* 82: 124–33.

Doleys, D. M. (1977) 'Behavioural treatments for nocturnal enuresis in children. A review of recent literature', *Psychological Bulletin* 84: 30–54.

Espie, C. A. (1991) *The Psychological Treatment of Insomnia*, Chichester: Wiley.
Espie, C. A., Lindsay, W. R., Brooks, D. N., Hood, E. M. and Turvey, T. (1989a) 'A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia', *Behaviour Research and Therapy* 27: 79–88.
Espie, C. A., Brooks, D. N. and Lindsay, W. R. (1989b) 'An evaluation of tailored psychological treatment of insomnia', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 20: 143–53.
Heide, F. J. and Borkovec, T. D. (1984) 'Relaxation-induced anxiety: mechanisms and theoretical implications', *Behaviour Research and Therapy* 22: 1–12.
Hillenberg, J. B. and Collins, F. L. (1983) 'The importance of home practice for progressive relaxation training', *Behaviour Research and Therapy* 21: 633–42.
Jennett, S. (1984) 'Snoring and its treatment', *British Medical Journal* 289: 335–6.
Kales, J. D. and Kales, A. (1987) 'Clinical selection of benzodiazepine hypnotics', *Psychiatric Medicine* 4: 229–41.
Kales, A., Kales, J. D., Bixler, E. O. and Scharf, M. M. (1975) 'Effectiveness of hypnotic drugs with prolonged use: flurazepam and pentobarbital', *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 18: 356–63.
Kales, A., Soldatos, C. R., Bixler, E. O. and Kales, J. D. (1983) 'Rebound insomnia and rebound anxiety: a review', *Journal of Pharmacology* 26: 121–37.
Lacks, P. and Morin, C. M. (1992) 'Recent advances in the assessment and treatment of insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 586–94.
Lacks, P., Bertelson, A. D., Sugerman, J. and Kunkel, J. (1983) 'The treatment of sleep-maintenance insomnia with stimulus control techniques', *Behaviour Research and Therapy* 21: 291–5.
Lader, M. and Lawson, C. (1987) 'Sleep studies and rebound insomnia: methodological problems, laboratory findings and clinical implications', *Clinical Neuropharmacology* 10: 291–312.
Lehrer, P. M. (1982) 'How to relax and how not to relax: a re-evaluation of the work of Edmund Jacobson – I', *Behaviour Research and Therapy* 20: 417–28.
Lindsay, S. J. E. (1987) 'Disorders of sleep: treatment', in S. Lindsay and G. Powell (eds) *A Handbook of Clinical Adult Psychology*, Aldershot: Gower.
Lindsay, S. J. E., Salkovskis, P. M. and Stoll, K. (1982) 'Rhythmical body movement in sleep: a brief review and treatment study', *Behaviour Research and Therapy* 20: 523–6.
Miller, W. R. and DiPilato, M. (1983) 'Treatment of nightmares via relaxation and desensitisation: a controlled evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 870–7.
Morawetz, D. (1989) 'Behavioral self-help treatment for insomnia: a controlled evaluation', *Behavior Therapy* 20: 365–79.
Morin, C. M. and Azrin, N. H. (1987) 'Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 260–2.
Morin, C. M. and Azrin, N. H. (1988) 'Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 748–53.
Morris, R. J. (1985) 'Fear reduction methods', in F. H. Kanfer and A. P. Goldstein (eds) *Helping People Change, 3rd edn*, New York: Pergamon.
Nau, S. (1977) 'The soporific effect of monotonous stimulation as a function of instructional set and stimulus intensity', unpublished doctoral dissertation (quoted by Borkovec, 1979, q.v.).
Nicassio, P. and Bootzin, R. (1974) 'A comparison of progressive relaxation and autogenic training as treatments for insomnia', *Journal of Abnormal Psychology* 83: 253–60.
Nicassio, P. M., Boylan, M. B. and McCabe, T. G. (1982) 'Progressive relaxation, EMG biofeedback and biofeedback placebo in the treatment of sleep-onset insomnia', *British Journal of Medical Psychology* 55: 169–96.

Puder, R., Lacks, P., Bertelson, A. D. and Storandt, M. (1983) 'Short-term stimulus control treatment of insomnia in older adults', *Behavior Therapy* 14: 424–9.

Sacks, S. and DeLeon, G. (1983) 'Conditioning functional enuresis: follow-up after retraining', *Behaviour Research and Therapy* 21: 693–4.

Steinmark, S. W. and Borkovec, T. D. (1974) 'Active and placebo treatment effects on moderate insomnia under counter-demand and positive demand instructions', *Journal of Abnormal Psychology* 83: 157–63.

Turner, R. M. and Ascher, L. M. (1979) 'A within-subject analysis of stimulus-control therapy with severe sleep-onset insomnia', *Behaviour Research and Therapy* 17: 113–18.

Turner, R. M., Di Tomasso, R. and Giles, T. (1983) 'Failures in the treatment of insomnia: a plea for differential diagnosis', in E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (eds) *Failures in Behavior Therapy*, New York: John Wiley.

Woolfolk, R. L. and McNulty, T. F. (1983) 'Relaxation treatment for insomnia: a component analysis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 495–503.

Woolfolk, R. L., Carr-Kaffashan, L., McNulty, T. F. and Lehrer, P. M. (1976) 'Meditation training as a treatment for insomnia', *Behavior Therapy* 7: 359–65.